

ศูนย์ประสานงาน สสชท. ประจำศูนย์สหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด

เลขที่ ..... หมู่ ..... ถนน..... อำเภอ ..... เมือง ..... จังหวัด.....

โทร..... โทรสาร.....

www. .... E-mail. ....

ที่ /.....

วันที่ .....

เรื่อง ขอส่งหลักฐานสมาชิกเสียชีวิต เพื่อเบิกเงินสงเคราะห์ และเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า

เรียน นายคสมาคมมาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย

สิ่งที่ส่งมาด้วย

- |  |              |   |              |
|--|--------------|---|--------------|
| 1. เอกสารการขอรับเงินสงเคราะห์(สสท.)                               | จำนวน 1 ฉบับ | 12. สำเนาทะเบียนบ้าน ประทับตราตาย                   | จำนวน 1 ฉบับ |
| 2. ใบสำคัญจ่ายค่าสงเคราะห์(สสท.)                                   | จำนวน 1 ฉบับ | 13. สำเนาบัตรประชาชนของผู้เสียชีวิต                 | จำนวน 1 ฉบับ |
| 3. หนังสือยินยอมและมอบอำนาจของ สสท.                                | จำนวน 1 ฉบับ | 14. ใบสำคัญการเปลี่ยน ชื่อ - สกุล (ถ้ามี)           | จำนวน 1 ฉบับ |
| 4. สำเนาบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านทายาทหรือผู้รับเงินสงเคราะห์ | จำนวน 1 ชุด  | 15. สำเนาทะเบียนสมรส (กรณีเป็นสมาชิก                | จำนวน 1 ชุด  |
| (เพื่อเป็นเอกสารประกอบการขอรับเงินสงเคราะห์)                       | จำนวน 1 ชุด  | สมทบประเภทคู่สมรส)                                  |              |
| 5. หนังสือขอส่งหลักฐานสมาชิกเสียชีวิต เพื่อเบิกเงินสงเคราะห์       | จำนวน 1 ฉบับ | 16. ใบเสร็จรับเงินของ สอ.ต้นสังกัด                  |              |
| 6. ใบสมัคร(ผู้สมัคร)   | จำนวน 1 ฉบับ | หรือหนังสือรับรองการเป็นสมาชิก                      | จำนวน 1 ฉบับ |
| 7. ใบรับรองคุณสมบัติผู้สมัครเป็นสมาชิก (ผู้สมัคร)                  | จำนวน 1 ฉบับ | 17. ใบมรณะบัตร                                      | จำนวน 1 ฉบับ |
| 8. ใบรับรองแพทย์ (ผู้สมัคร)  | จำนวน 1 ฉบับ | 18. หนังสือรับรองการตายจากโรงพยาบาลหรือ             |              |
| 9. หนังสือแสดงเจตนาการมอบให้รับเงินสงเคราะห์                       | จำนวน 1 ฉบับ | นายทะเบียนท้องถิ่นหรือที่ทางราชการออกให้            | จำนวน 1 ฉบับ |
| 10. สำเนาบัตรข้าราชการ/บัตรประชาชน(ผู้สมัคร)                       | จำนวน 1 ฉบับ | 19. สำเนาน้ำสมุดบัญชี ศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์ | จำนวน 1 ฉบับ |
| 11. สำเนาทะเบียนบ้าน(ผู้สมัคร)                                     | จำนวน 1 ฉบับ | 20. หลักฐานการจ่ายเงิน1.5%                          | จำนวน 1 ฉบับ |

ด้วยศูนย์ประสานงาน สสชท. ศูนย์สหกรณ์ออมทรัพย์.....จำกัด ได้แจ้งการเสียชีวิตของ นาย/นาง/นางสาว..... สมาชิก สสชท. เลขทะเบียน..... เสียชีวิตด้วยสาเหตุ..... เมื่อวันที่ ..... เวลา ..... น. นั้น

บัดนี้ ศูนย์ประสานงาน ฯ ได้รับและตรวจสอบเอกสารหลักฐานการขอรับเงินดังกล่าวครบถ้วนถูกต้องแล้ว จึงขอส่งเอกสารเพื่อขอรับเงินสงเคราะห์และเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าคงเหลือ จำนวน ..... บาท โดยให้ สสชท. โอนเข้าบัญชีธนาคาร.....สาขา..... ชื่อบัญชี..... "ประเภทออมทรัพย์" เลขที่ .....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(.....)

ประธานศูนย์ประสานงาน สสชท.

ศูนย์ .....

โทร. .... โทรสาร.....



ใบสำคัญการจ่ายเงินสงเคราะห์  
สมาคมพัฒนากิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (สสท.)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี  
เลขประจำตัวประชาชน               
อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....  
ตำบล(แขวง).....อำเภอ(เขต).....จังหวัด.....  
รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....  
เป็นผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ของ.....สมาชิกทะเบียนเลขที่.....  
ซึ่งถึงแก่กรรมเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... ตามใบมรณบัตรเลขที่.....  
ลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าขอรับเงินสงเคราะห์ของ.....และได้ยื่นหลักฐานพร้อมคำขอนี้ด้วยแล้ว คือ  
รายการคำนวณเงินสงเคราะห์

- สมาชิกที่มีอยู่ในวันถึงแก่ความตาย จำนวน .....คน
- อัตราเงินสงเคราะห์ .....บาท
- คิดเป็นเงินสงเคราะห์ .....บาท
- ทางสมาคมหักไว้เป็นค่าใช้จ่ายร้อยละ 4 เป็นเงิน .....บาท  
เหลือเงินสงเคราะห์ที่จะได้รับ .....บาท
- จ่ายคืนเงินเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าคงเหลือ .....บาท  
รวมเงินที่จะได้รับทั้งสิ้น .....บาท

(.....)

(.....)

ผู้รับเงิน

(.....)

บัตรประจำตัวประชาชน  
เลขที่.....

ผู้รับเงิน

(.....)

ประธานศูนย์/กรรมการศูนย์/ผู้จัดการศูนย์  
พยาน

(.....)

บัตรประจำตัวประชาชน

ผู้รับเงิน

(.....)

บัตรประจำตัวประชาชน

ผู้รับเงิน

(.....)

...เจ้าหน้าที่ประจำศูนย์ประสานงาน...

พยาน

หมายเหตุ : ทายาทหรือผู้รับเงินสงเคราะห์จะต้องลงลายมือชื่อให้ครบทุกคน



## สำหรับเจ้าหน้าที่

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าการเป็นสมาชิกผู้ถึงแก่ความตายเป็นผู้มีสมาชิกภาพ สสรท. และได้แนบหลักฐานประกอบหนังสือขอรับเงินสงเคราะห์ถูกต้อง ครบถ้วน

ขณะสมาชิกเสียชีวิตสมาคมมีสมาชิกทั้งสิ้น.....คน อัตราเงินสงเคราะห์ที่กำหนดศพละ..... บาท เงินสงเคราะห์เป็นเงิน.....บาท (.....) สมาคมหักเงินไว้เป็นค่าใช้จ่ายร้อยละ..... เป็นเงิน.....บาท คงเหลือรับเงินสงเคราะห์ทั้งสิ้นเป็นเงิน.....บาท (.....)

เห็นควรพิจารณาอนุมัติ

ลงชื่อ.....

ตำแหน่ง.....

## ความเห็นของคณะกรรมการศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์

- เสนอ  เห็นควรอนุมัติ  
 ไม่เห็นควรอนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ประธานศูนย์ประสานงาน หรือผู้ได้รับมอบหมาย

## สำหรับคณะกรรมการ

- คำสั่ง  อนุมัติวันที่.....  
ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการสมาคม ครั้งที่ ...../.....เมื่อวันที่.....  
 ไม่อนุมัติ เนื่องจาก .....

(ดร.มะณู บุญศรีมณีชัย)

นายกสมาคมแพทย์ชาตมนตรี  
สมาชิกรัฐสภาสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย



หนังสือขอรับเงินสงเคราะห์  
สมาคมงานกิจสงเคราะห์สมาชิกรุ่นอมรินทร์พยาบาลสาธารณสุขไทย (สสท.)

.....

เขียนที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เรียน นาย/นายกสมาคมงานกิจสงเคราะห์สมาชิกรุ่นอมรินทร์พยาบาลสาธารณสุขไทย

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน

อยู่บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ซอย.....ถนน.....

ตำบล(แขวง).....อำเภอ(เขต).....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์บ้าน.....โทรศัพท์มือถือ.....

เป็นผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ของ.....สมาชิกทะเบียนเลขที่.....

ซึ่งถึงแก่กรรมเมื่อวันที่.....เดือน.....พ.ศ..... ตามใบมรณบัตรเลขที่.....

ลงวันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าขอรับเงินสงเคราะห์ของ.....และได้ยื่นหลักฐานพร้อมคำขอเรียบร้อยแล้ว คือ

- บัตรประจำตัวสมาชิกผู้ถึงแก่ความตาย
- สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ถึงแก่ความตาย
- ใบมรณบัตรสมาชิกผู้ถึงแก่ความตาย
- สำเนาบัตรประจำตัวของผู้ขอรับเงิน
- สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขอรับเงิน

ขอแสดงความนับถือ

.....

(.....)

.....  
(.....)

บัตรประจำตัวประชาชน  
เลขที่.....

ผู้ขอรับเงิน

.....  
(.....)

บัตรประจำตัวประชาชน  
เลขที่.....

ผู้ขอรับเงิน

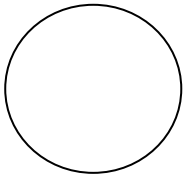
.....  
(.....)

บัตรประจำตัวประชาชน  
เลขที่.....

ผู้ขอรับเงิน

หมายเหตุ : ทายาทหรือผู้รับเงินสงเคราะห์จะต้องลงลายมือชื่อให้ครบทุกคน

(ตัวอย่าง)



ศูนย์ประสานงาน สสทท. ประจำศูนย์สหกรณ์ออมทรัพย์.....กรมอนามัย.....จำกัด

เลขที่ ....1... หมู่..... ถนน...ติวานนท์.... อำเภอ ....เมืงนนทบุรี..... จังหวัด.....นนทบุรี.....

โทร.....02-496-1234..... โทรสาร.....02-496-1342.....

www. ....cpct.or.th..... E-mail. ...cpct.fsct@hotmail.co.th.....

ที่ ...1... /...2558.....

วันที่ .....8...เมษายน....2558.....

เรื่อง ขอส่งหลักฐานสมาชิกเสียชีวิต เพื่อเบิกเงินสงเคราะห์ และเงินสงเคราะห์ล่วงหน้า

เรียน นายคสมภพปณิกกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย

สิ่งที่ส่งมาด้วย

- |  |              |  |              |
|--|--------------|--|--------------|
| 1. เอกสารการขอรับเงินสงเคราะห์(สสทท.)                        | จำนวน 1 ฉบับ | 12. สำเนาทะเบียนบ้าน ประทับตราตาย                        | จำนวน 1 ฉบับ |
| 2. ใบสำคัญจ่ายค่าสงเคราะห์ศพ(สสทท.)                          | จำนวน 1 ฉบับ | 13. สำเนาทะเบียนสมรส                                     | จำนวน 1 ฉบับ |
| 3. หนังสือยินยอมและมอบอำนาจของ สสทท.                         | จำนวน 1 ฉบับ | 14. ใบสำคัญการเปลี่ยน ชื่อ - สกุล                        | จำนวน 1 ฉบับ |
| 4. สำเนาบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านทายาทหรือผู้รับเงินสงเคราะห์  | จำนวน 1 ชุด  | 15. สำเนาบัตรและสำเนาทะเบียนบ้านทายาท                    | จำนวน 1 ชุด  |
| (เพื่อเป็นเอกสารประกอบการขอรับเงินสงเคราะห์)                 | จำนวน 1 ชุด  | หรือผู้รับเงินสงเคราะห์                                  | จำนวน 1 ชุด  |
| 5. หนังสือขอส่งหลักฐานสมาชิกเสียชีวิต เพื่อเบิกเงินสงเคราะห์ | จำนวน 1 ฉบับ | 16. ใบเสร็จรับเงินของ สอ.ต้นสังกัด                       | จำนวน 1 ฉบับ |
| 6. ใบสมัคร(ผู้สมัคร)   | จำนวน 1 ฉบับ | หรือหนังสือรับรองการเป็นสมาชิก                           | จำนวน 1 ฉบับ |
| 7. ใบรับรองคุณสมบัติผู้สมัครเป็นสมาชิก                       | จำนวน 1 ฉบับ | 17. ใบมรณะบัตร   | จำนวน 1 ฉบับ |
| 8. ใบรับรองแพทย์   | จำนวน 1 ฉบับ | 18. หนังสือรับรองการตายจากโรงพยาบาลหรือนายทะเบียนท้องที่ | จำนวน 1 ฉบับ |
| 9. หนังสือแสดงเจตนาการมอบให้รับเงินสงเคราะห์                 | จำนวน 1 ฉบับ | หรือที่ทางราชการออกให้                                   | จำนวน 1 ฉบับ |
| 10. สำเนาบัตรข้าราชการ/บัตรประชาชน(ผู้สมัคร)                 | จำนวน 1 ฉบับ | 19. สำเนาน้ำสมุดบัญชี ศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์      | จำนวน 1 ฉบับ |
| 11. สำเนาทะเบียนบ้าน(ผู้สมัคร)                               | จำนวน 1 ฉบับ | 20. หลักฐานการจ่ายเงิน1.5%                               | จำนวน 1 ฉบับ |

ด้วยศูนย์ประสานงาน สสทท. ศูนย์สหกรณ์ออมทรัพย์...กรมอนามัย.....จำกัด ได้แจ้งการเสียชีวิตของ นาย/นาง/นางสาว.....ณเดช.....รักสงบ..... สมาชิก สสทท. เลขทะเบียน.....000001..... เสียชีวิตด้วยสาเหตุ.....โรคประจำตัว..... เมื่อวันที่ ....1...เมษายน....2558..... เวลา ...06.00..... น. นั้น

บัดนี้ ศูนย์ประสานงาน ฯ ได้รับและตรวจสอบเอกสารหลักฐานการขอรับเงินดังกล่าวครบถ้วนถูกต้องแล้ว จึงขอส่งเอกสารเพื่อขอรับเงินสงเคราะห์และเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าคงเหลือ จำนวน ...1,033,526.- บาท โดยให้ สสทท. โอนเข้าบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขา...กระทรวงสาธารณสุข... ชื่อบัญชี..สมาคมฯปณิกกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย..... “ประเภทออมทรัพย์” เลขที่ .....405-478362-0.....

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(...นายมนตรี...มั่นคง.....)

ประธานศูนย์ประสานงาน สสทท.

ศูนย์สหกรณ์ออมทรัพย์กรมอนามัย จำกัด

สหกรณ์ออมทรัพย์กรมอนามัย จำกัด

โทร. ....02-496-1234..... โทรสาร.....02-496-1342.....

(ตัวอย่าง)



หนังสือขอรับเงินสงเคราะห์  
สมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (สสท.)

.....

เขียนที่.....สสท.....

วันที่.....10.....เดือน.....กรกฎาคม.....พ.ศ.....2562.....

เรียน นายกสมาคมฌาปนกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....วันดี.....ใจงาม.....อายุ.....30.....ปี

เลขประจำตัวประชาชน

อยู่บ้านเลขที่.....99.....หมู่ที่.....2.....ซอย.....ไมตรี.....ถนน.....นครินทร์.....

ตำบล(แขวง).....บางสีทอง.....อำเภอ(เขต).....บางกรวย.....จังหวัด.....นนทบุรี.....

รหัสไปรษณีย์.....11130.....โทรศัพท์บ้าน.....02 - 496 - 1340.....โทรศัพท์มือถือ.....081 - 917 - 1867.....

เป็นผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ของ.....นายรักดี.....ใจงาม.....สมาชิกทะเบียนเลขที่.....000001.....

ซึ่งถึงแก่กรรมเมื่อวันที่...30...เดือน...มิถุนายน...พ.ศ... 2562... ตามใบมรณบัตรเลขที่.....01-12345678.....

ลงวันที่...30.....เดือน.....มิถุนายน.....พ.ศ. 2562....

ข้าพเจ้าขอรับเงินสงเคราะห์ของ.....นายรักดี.....ใจงาม.....และได้ยื่นหลักฐานพร้อมคำขอนี้ด้วยแล้ว คือ

- บัตรประจำตัวสมาชิกผู้ถึงแก่ความตาย
- สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ถึงแก่ความตาย
- ใบมรณบัตรสมาชิกผู้ถึงแก่ความตาย
- สำเนาบัตรประจำตัวของผู้ขอรับเงิน
- สำเนาทะเบียนบ้านของผู้ขอรับเงิน

ขอแสดงความนับถือ

.....วันดี.....ใจงาม.....

(.....นางสาววันดี.....ใจงาม...)

.....วันดี.....ใจงาม.....

...(ทายาทตาม ข้อ.2.2).....

.....(ทายาทตาม ข้อ 2.3).....

(.....นางสาววันดี.....ใจงาม...)

(.....)

(.....)

บัตรประจำตัวประชาชน

บัตรประจำตัวประชาชน

บัตรประจำตัวประชาชน

เลขที่...3234567890100...

เลขที่.....

เลขที่.....

ผู้ขอรับเงิน

ผู้ขอรับเงิน

ผู้ขอรับเงิน

หมายเหตุ : ทายาทหรือผู้รับเงินสงเคราะห์จะต้องลงลายมือชื่อให้ครบทุกคน

(ตัวอย่าง)



## สำหรับเจ้าหน้าที่

ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าการเป็นสมาชิกผู้ถึงแก่ความตายเป็นผู้มีสมาชิกภาพ สสชท. และได้แนบหลักฐานประกอบหนังสือขอรับเงินสงเคราะห์ถูกต้อง ครบถ้วน

ขณะสมาชิกเสียชีวิตสมาคมมีสมาชิกทั้งสิ้น.....199,010.....คน อัตราเงินสงเคราะห์ที่กำหนดศพ  
ละ .....5.25..... บาท เงินสงเคราะห์เป็นเงิน..... 1,044,802.50.-.....บาท (หนึ่งล้านสี่หมื่นสี่พันแปดร้อย  
สองบาทห้าสิบบสตางค์) สมาคมหักเงินไว้เป็นค่าใช้จ่ายร้อยละ.....4..... เป็นเงิน..... 41,792.10.....บาท  
คงเหลือรับเงินสงเคราะห์ทั้งสิ้นเป็นเงิน..... 1,003,010.40.....บาท (หนึ่งล้านสามพันสิบบาทสี่สิบบสตางค์)

เห็นควรพิจารณาอนุมัติ

ลงชื่อ.....นางสาวฟ้าใส.....สวยงาม.....

ตำแหน่ง.....เจ้าหน้าที่ประจำศูนย์ประสานงาน สสชท.....

### ความเห็นของคณะกรรมการศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์

เสนอ  เห็นควรอนุมัติ

ไม่เห็นควรอนุมัติ เนื่องจาก.....

ลงชื่อ.....มนตรี.....มั่นคง.....

(.....นายมนตรี.....มั่นคง.....)

ประธานศูนย์ประสานงาน หรือผู้ได้รับมอบหมาย

### สำหรับคณะกรรมการ

คำสั่ง  อนุมัติวันที่.....

ตามมติที่ประชุมคณะกรรมการสมาคม ครั้งที่ ...../ .....เมื่อวันที่.....

ไม่อนุมัติ เนื่องจาก .....

(ดร.มะณู บุญศรีมณีชัย)

นายกสมาคมอาสาปณิกสงเคราะห์

สมาชิกรักษาสหกรณ์ออมทรัพย์สาธาณสุขไทย

(ตัวอย่าง)



ใบสำคัญการจ่ายเงินสงเคราะห์  
สมาคมพยาบาลกองสภากาชาดไทยสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย (สสท.)

วันที่.....10.....เดือน.....กรกฎาคม.....พ.ศ.....2562.....

ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว).....วันดี.....ใจงาม.....อายุ.....30.....ปี  
เลขประจำตัวประชาชน               
อยู่บ้านเลขที่.....99.....หมู่ที่.....2.....ซอย.....ไมตรี.....ถนน.....นครินทร์.....  
ตำบล(แขวง).....บางสีทอง.....อำเภอ(เขต).....บางกรวย.....จังหวัด.....นนทบุรี.....  
รหัสไปรษณีย์.....11130.....โทรศัพท์บ้าน.....02 - 496 - 1340.....โทรศัพท์มือถือ.....081 - 917 - 1867.....  
เป็นผู้มีสิทธิรับเงินสงเคราะห์ของ.....นายรักดี.....ใจงาม.....สมาชิกทะเบียนเลขที่.....000001.....  
ซึ่งถึงแก่กรรมเมื่อวันที่...30...เดือน...มิถุนายน...พ.ศ... 2562... ตามใบมรณบัตรเลขที่.....01-12345678.....  
ลงวันที่...5.....เดือน.....กรกฎาคม.....พ.ศ. 2562....

ข้าพเจ้าขอรับเงินสงเคราะห์ของ.....นายรักดี.....ใจงาม.....และได้ยื่นหลักฐานพร้อมคำขอนี้ด้วยแล้ว คือ  
รายการคำนวณเงินสงเคราะห์

- สมาชิกที่มีอยู่ในวันถึงแก่ความตาย จำนวน .....199,010..... คน
- อัตราเงินสงเคราะห์ .....5.25..... บาท
- คิดเป็นเงินสงเคราะห์ 1,044,802.50... บาท
- ทางสมาคมหักไว้เป็นค่าใช้จ่ายร้อยละ 4 เป็นเงิน  
เหลือเงินสงเคราะห์ที่จะได้รับ 1,003,010.40....บาท
- จ่ายคืนเงินเงินสงเคราะห์ล่วงหน้าคงเหลือ .....1,500.....บาท
- รวมเงินที่จะได้รับทั้งสิ้น 1,004,510.04.. บาท

(หนึ่งล้านสี่พันห้าร้อยสิบบาทสี่สตางค์)

...ญาติ...รักสงบ...(ทายาทตาม ข้อ 2.1) ....(ทายาทตาม ข้อ 2.2)....

นายมนตรี มั่นคง

(...นางญาติ...รักสงบ...)

(.....)

(.....)

ผู้รับเงิน

บัตรประจำตัวประชาชน

ประธานศูนย์/กรรมการศูนย์/ผู้จัดการศูนย์

เลขที่.....

พยาน

ผู้รับเงิน

.....(ทายาทตาม ข้อ 2.3).....

.....(ทายาทตาม ข้อ 2.4).....

นางสาวฟ้าใส สวยาม

(.....)

(.....)

(.....)

บัตรประจำตัวประชาชน

บัตรประจำตัวประชาชน

...เจ้าหน้าที่ประจำศูนย์ประสานงาน....

พยาน

หมายเหตุ : ทายาทหรือผู้รับเงินสงเคราะห์จะต้องลงลายมือชื่อให้ครบทุกคน



(ตัวอย่าง)



## หลักฐานการจ่ายเงิน

### สมาคมพยาบาลกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย

199 หมู่ 2 ถนนนครอินทร์ ตำบลบางสีทอง อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี 11130

โทรศัพท์ 02-4961340 โทรสาร 02-496 1342

วันที่.....เดือน.....พศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....ฟ้าใส...สวยงาม.....เจ้าหน้าที่สมาคม

ประจำศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์.....กรมอนามัย..... จำกัด

ได้รับเงินจากสมาคมพยาบาลกิจสงเคราะห์สมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย

ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับที่	รายการ	จำนวนเงิน	
		บาท	สต.
1	ค่าสมัครสมาชิก (10 คุณจำนวนสมาชิก)		
2	ค่าบำรุงรายปี (10 คุณจำนวนสมาชิก)		
3	ค่าบริหารจัดการ ร้อยละ 1.5 ของเงินสงเคราะห์ที่สมาชิกเสียชีวิต		
	ของศูนย์ประสานงาน ชื่อ...รักดี ..ใจงาม.....	17,266	26
4	ค่าตอบแทนเหมาจ่ายอื่น ๆ ตามที่คณะกรรมการกำหนด		
	รวมเงิน	17,266	26
	(...หนึ่งหมื่นเจ็ดพันสองร้อยหกสิบหกบาทยี่สิบหกสตางค์.....)		

ชื่อ ..... เจริญภูมิสมาคม/ผู้จ่ายเงิน  
(นายวิทยา ประเทศ)

ลงชื่อ ....ฟ้าใส...สวยงาม..... ผู้รับเงิน  
(.....นางสาวฟ้าใส...สวยงาม.....)



## หลักฐานการจ่ายเงิน

### สมาคมประกันสุขภาพชีวิตสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย

199 หมู่ 2 ถนนนครินทร์ ตำบลบางสีทอง อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี 11130

โทรศัพท์ 02-4961340 โทรสาร 02-496 1342

วันที่.....เดือน.....พศ.....

ข้าพเจ้า นาย/นาง/นางสาว.....ฟ้าใส.....สวยงาม.....เจ้าหน้าที่สมาคม

ประจำศูนย์ประสานงานสหกรณ์ออมทรัพย์.....กรมอนามัย..... จำกัด

ได้รับเงินจากสมาคมประกันสุขภาพชีวิตสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์สาธารณสุขไทย

ดังรายการต่อไปนี้

ลำดับที่	รายการ	จำนวนเงิน	
		บาท	สต.
1	ค่าสมัครสมาชิก (10 คุณจำนวนสมาชิก)		
2	ค่าบำรุงรายปี (10 คุณจำนวนสมาชิก)		
3	ค่าบริหารจัดการ ร้อยละ 1.5 ของเงินสงเคราะห์ที่สมาชิกเสียชีวิต ของศูนย์ประสานงาน ชื่อ.....		
4	ค่าตอบแทนเหมาจ่ายอื่น ๆ ตามที่คณะกรรมการกำหนด		
	รวมเงิน		
	(.....)		

ชื่อ ..... เற்றுณิกสมาคม/ผู้จ่ายเงิน  
(นายวิทยา ประเทศ)

ลงชื่อ ..... ผู้รับเงิน  
(.....)